

Mortalidad materna y su evolución reciente 2017



San José, Costa Rica
NOVIEMBRE 2018

Mortalidad materna y su evolución reciente 2017

San José, Costa Rica
NOVIEMBRE 2018



Presentación

La mortalidad materna constituye uno de los principales problemas de salud pública a los que se enfrentan los países de nuestra Región, su prevalencia evidencia serias limitaciones al ejercicio del derecho a una maternidad segura que tienen las mujeres, y que puede estar relacionada con debilidades en los sistemas de salud, principalmente en la detección y tratamiento oportuno de condiciones que pueden afectar su salud, durante el embarazo, parto o puerperio.

Es por esta razón, que la reducción de la mortalidad materna sigue siendo una prioridad plasmada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), como la primera meta del objetivo 3 “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*” se establece reducir la razón mundial a 70 muertes por cada 100 000 nacimientos, dado que según datos del Observatorio Global de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el 2015, el valor mundial de este indicador es de 216 muertes maternas por cada cien mil nacimientos.

Con el fin de monitorear los avances en dicha materia y que las instituciones competentes puedan contar con información actualizada y de fácil acceso, para diseñar acciones específicas que se ajusten a la realidad del país y sus regiones geográficas, es que el Instituto Nacional de Estadística y Censos presenta el boletín *Mortalidad materna y su evolución reciente*.

Costa Rica, desde el 2000, ha implementado mecanismos permanentes de análisis y evaluación de la mortalidad materna, los cuales se apoyan en la declaración obligatoria de afecciones de la salud que son sujetas de control epidemiológico, por parte del Ministerio de Salud.

La declaración obligatoria de muertes maternas generó un sistema que permite realizar un control cruzado con las estadísticas oficiales y emitir recomendaciones dirigidas al mejoramiento continuo de la atención en salud, pues estos eventos son sometidos a un proceso de investigación, análisis y evaluación.

En nuestro país, la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna permite, en primer lugar, recolectar la información pertinente para su análisis y en segundo lugar, posibilitar el desarrollo de programas de salud pública y la formulación de recomendaciones, con el propósito de mejorar cobertura y calidad en la atención.

El Boletín presenta información estadística sobre el comportamiento de la mortalidad materna para el periodo 2007 - 2017, con un mayor detalle para el 2017. Esta información procede del registro de defunciones recibidas en el INEC en el transcurso de todo el año. Los eventos son sometidos a un riguroso proceso de control y verificación mediante una acción conjunta entre el Sistema Nacional de Análisis de Muertes Maternas e Infantiles, del Ministerio de Salud y el INEC.

Tabla de contenido

	Página
Presentación	3
Símbolos y siglas	7
1. Definiciones	8
2. Principales resultados	9
2.1 Panorama nacional y comparación internacional	9
2.2 Panorama provincial.	14
2.3 Afecciones de la salud que desencadenaron en muertes maternas	15
2.4 El rostro de la mortalidad materna	17
2.4.1 Relación de la edad con la mortalidad materna	17
2.4.2 Relación del empleo con la mortalidad materna	20
2.4.3 Relación del estado conyugal con la mortalidad materna	21
2.4.4 Relación de la condición de inmigrante con la mortalidad materna.	23
Referencias bibliográficas y en línea	26

Índice de cuadros

	Página
Cuadro 2.1 Razón de mortalidad materna (RMM) estimada por Naciones Unidas, 2015. (Por diez mil nacimientos)	11
Cuadro 2.2 Total de nacimientos, defunciones maternas y razón de mortalidad materna, 2007 - 2017. (Razón por diez mil nacimientos)	12
Cuadro 2.3 Razón de mortalidad materna por año, según provincia, 2007 - 2017. (Por diez mil nacimientos) . . .	14

Índice de gráficos

Gráfico 2.1 Razón de mortalidad materna 2007- 2017. (Por diez mil nacimientos)	13
Gráfico 2.2 Distribución porcentual de las defunciones maternas por causas obstétricas directas e indirectas, 2007 - 2017	16
Gráfico 2.3 Distribución porcentual de las defunciones maternas y nacimientos por grupos de edades de la madre, 2017	18
Gráfico 2.4 Distribución porcentual de las defunciones maternas por condición de actividad, 2017	21

Índice de figuras

Figura 2.1 Razón de mortalidad materna por condición de unida o no unida, 2017. (Por diez mil nacimientos).	23
Figura 2.2 Razón de mortalidad materna por nacionalidad, 2017. (Por diez mil nacimientos)	25

Símbolos y siglas

Símbolos

- (-) a) presente en un cuadro indica que la cantidad es nula o cero.
b) entre fechas, significa que contempla todo el período completo, incluidos el primer año y el último.
- { } espacio en blanco para los miles.

Siglas

FIGO	La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Observatorio Global de Salud de la Organización Mundial de la Salud

1. Definiciones

Defunción materna: es la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Estas se subdividen en:

Defunción obstétrica directa: son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados.

Defunción obstétrica indirecta: son aquellas que derivan de una enfermedad previamente existente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo.

Razón de mortalidad materna: es la relación entre las defunciones maternas ocurridas durante un año calendario y los nacimientos ocurridos durante ese mismo periodo, por cada diez mil nacimientos.

Causa básica de muerte: corresponde a la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte.

2. Principales resultados

2.1 Panorama nacional y comparación internacional

La mortalidad materna es uno de los indicadores que refleja con mayor claridad inequidades existentes en la atención de salud de las mujeres; por tanto, su constante monitoreo y seguimiento, para definir acciones de salud pública orientadas a su disminución, es una de las prioridades, no solo de las autoridades de salud, sino del país y de la Región.

El indicador asociado a este fenómeno es la *razón de mortalidad materna*, la cual se obtiene al dividir el número de muertes de mujeres cuya causa está asociada al estado de embarazo, parto o puerperio ocurridos durante un periodo determinado, generalmente un año, entre el total de nacimientos ocurridos durante este mismo periodo. De manera, que este dato permite determinar la probabilidad de muerte o el riesgo de morir al que están expuestas las mujeres durante esta etapa. Usualmente se expresa como la cantidad de muertes maternas ocurridas por cada diez mil nacimientos.

Cabe señalar que, a nivel internacional existe el Grupo Interagencial de Estimación de Mortalidad Materna, con el objetivo de realizar análisis regionales sobre la situación de este indicador a nivel mundial. Para realizar estos análisis, el Grupo realiza estimaciones en las que se aplican correcciones a los datos suministrados por los países, dado que se considera la existencia de subregistro de estas defunciones. Costa Rica, ha sido parte del grupo de países que recibía una corrección que implica un aumento cercano al 60 por ciento del dato registrado en el país.

No obstante, gracias a una acción conjunta del Instituto Nacional de Estadística y Censos y el Ministerio de Salud se logró que este Grupo no aplicara ninguna corrección en el cálculo de las estimaciones realizadas en el 2015, esto gracias a la evidencia generada al documentar el trabajo interinstitucional realizado desde el 2000, que ha permitido, desde entonces, mejorar la captación oportuna de las muertes maternas, mediante el sistema de declaración obligatoria de estos eventos y la coordinación permanente.

De acuerdo a los datos suministrados por el grupo Interagencial, Costa Rica, para el 2015, ocupa el lugar 60 del ranking de 180 países para los que Naciones Unidas estima este indicador. Dentro de la Región Latinoamericana, Costa Rica es superada únicamente por Uruguay y Chile (1,5 y 2,2 por diez mil nacimientos, respectivamente).

En el siguiente cuadro se muestra un grupo de países seleccionados representativos de los diferentes continentes.

CUADRO 2.1

Razón de mortalidad materna (RMM) estimada por Naciones Unidas, 2015

(Por diez mil nacimientos)

País	RMM
España	0,5 (0,4 - 0,6)
Suiza	0,5 (0,4 - 0,7)
Dinamarca	0,6 (0,5 - 0,9)
Uruguay	1,5 (1,1 - 1,9)
Chile	2,2 (2,0 - 2,9)
Costa Rica	2,5 (2,0 - 2,9)
Belice	2,8 (2,0 - 3,6)
México	3,8 (3,4 - 4,2)
Cuba	3,9 (3,3 - 4,7)
Brasil	4,4 (3,6 - 5,4)
Argentina	5,2 (4,4 - 6,3)
El Salvador	5,4 (4,0 - 6,9)
Colombia	6,4 (5,6 - 8,1)
Guatemala	8,8 (7,7 - 10,0)
Panamá	9,4 (7,7- 12,1)
Honduras	12,9 (9,9 - 16,6)
Nicaragua	15,0 (11,5 - 19,6)
Bolivia	20,6 (14,0 - 35,1)
Nigeria	55,3 (41,1 - 75,2)
Sierra Leona	136,0 (99,9 - 198,0)

Fuente: Datos del Observatorio mundial de la salud.
Repositorio de datos. OMS

Es importante aclarar que el dato presentado en el cuadro 2.1 es una estimación que realiza Naciones Unidas en la que aplica un modelo estándar para todos los países y el 2015 es el dato más actualizado, por lo que difiere levemente del dato nacional para el 2015, pero se encuentra dentro del rango establecido (2,8 por diez mil nacimientos).

En el país, la mortalidad materna se considera un problema de salud pública dado que, si bien se han logrado disminuciones importantes en los últimos 20 años, de acuerdo a los análisis realizados por el Ministerio de Salud, cerca del 60 por ciento de dichas muertes son prevenibles. En los últimos diez años, tal como se muestra en el cuadro 2.2, el comportamiento de la mortalidad materna ha sido considerablemente irregular.

CUADRO 2.2

Total de nacimientos, defunciones maternas y razón de mortalidad materna, 2007 - 2017

(Razón por diez mil nacimientos)

Año	Nacimientos	Defunciones maternas	Razón de mortalidad materna
2007	73 144	14	1,91
2008	75 187	25	3,33
2009 ^{a/}	75 000	19	2,53
2010	70 922	16	2,26
2011	73 459	18	2,45
2012	73 326	22	3,00
2013	70 550	14	1,98
2014	71 793	21	2,93
2015	71 819	20	2,78
2016	70 004	20	2,86
2017	68 811	16	2,33

a/ Para el cálculo de RMM se incluye un caso de muerte por Sida.

Fuente: INEC-Costa Rica. Unidad de Estadísticas Demográficas, 2007 - 2017.

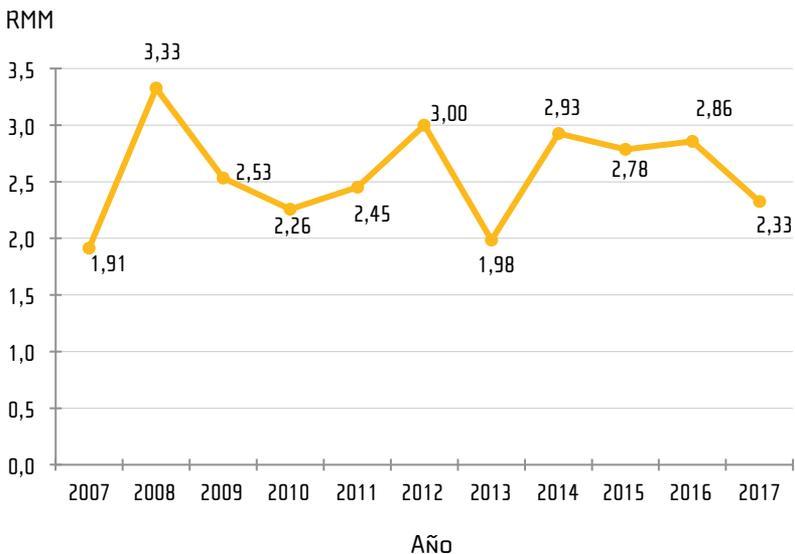
Con la finalidad de determinar la intensidad con que este fenómeno afecta a la población y analizar su tendencia en el tiempo, elementos esenciales para definir y evaluar las acciones implementadas, es que se utiliza el indicador *razón de mortalidad materna (RMM)*.

En la última década este indicador ha mostrado un comportamiento fluctuante, en el 2017 su valor fue 2,33; representando una disminución del 18,61 % con respecto al 2016, cuyo valor fue 2,86 muertes maternas, por diez mil nacimientos. La mayor disminución se experimentó en el 2013, significando una reducción de 33,86 % con respecto al 2012, lo que significó una disminución de una muerte materna por diez mil nacimientos.

GRÁFICO 2.1

Razón de mortalidad materna, 2007 - 2017

(Por diez mil nacimientos)



Fuente: INEC-Costa Rica. Unidad de Estadísticas Demográficas, 2007 - 2017.

2.2 Panorama provincial

Al analizar la razón de mortalidad materna por provincia, se observa un comportamiento irregular durante la última década. A pesar de estas fluctuaciones, destaca el caso de Limón que para el 2016 presentó una RMM de 0 y para el 2017 es la provincia con la mayor Razón, 4 muertes por diez mil nacimientos.

En el otro extremo, se encuentra Cartago, que en el 2016 presentó la Razón más alta entre todas las provincias y para el 2017 bajó a 0 muertes maternas, lo cual significa que pasó de que fallecieran aproximadamente 7 mujeres por diez mil nacimientos en un año a cero muertes en el siguiente año.

Por su parte, San José y Heredia experimentaron una disminución en el indicador de 26,6 %, y 31,03 %, respectivamente. Puntarenas se suma al comportamiento de Limón con 0 muertes maternas registradas en el 2017.

Alajuela y Guanacaste, además del aumento presentado por Limón, son las provincias que aumenta en la RMM. Es importante establecer que el patrón de comportamiento de la RMM varía significativamente entre las provincias de un año a otro, lo cual debe ser una situación de atención y mayor análisis.

CUADRO 2.3

Razón de mortalidad materna por año, según provincia, 2007 - 2017
(Por diez mil nacimientos)

Provincia	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Costa Rica	1,91	3,33	2,53	2,26	2,45	3,00	1,98	2,93	2,78	2,86	2,33
San José	3,01	2,51	1,69	2,68	2,19	2,65	0,93	3,19	4,63	3,35	2,46
Alajuela	0,70	2,02	3,33	0,70	4,75	3,41	0,70	2,72	1,33	2,03	2,70
Cartago	-	5,36	1,34	1,39	-	4,07	2,79	4,18	2,74	6,95	-
Heredia	1,54	1,51	2,98	-	1,51	4,53	-	3,07	-	4,71	3,25
Guanacaste	4,93	3,21	3,23	1,75	-	3,36	3,51	5,02	1,70	1,73	3,52
Puntarenas	1,30	3,70	2,54	4,15	-	1,30	1,36	-	4,07	1,40	-
Limón	1,26	7,50	3,71	5,24	6,20	2,37	7,39	2,50	2,46	-	3,93

Fuente: INEC-Costa Rica. Unidad de Estadísticas Demográficas, 2007 - 2017.

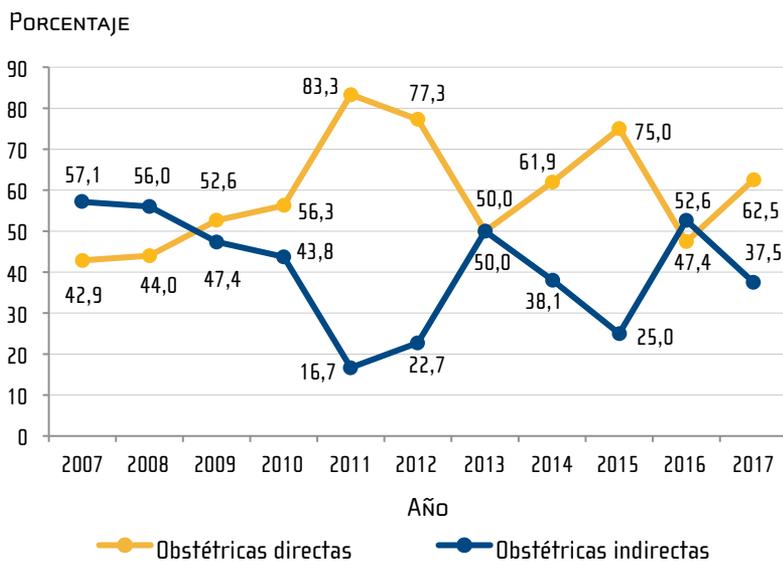
2.3 Afecciones de la salud que desencadenaron en muertes maternas

Para efectos de análisis y de acciones concretas de salud pública, las muertes maternas se subdividen en muertes obstétricas directas e indirectas. Las primeras se refieren a aquellas muertes que ocurren como resultado de complicaciones obstétricas durante el embarazo, trabajo de parto o puerperio, intervenciones, omisiones o tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los antes mencionados; y las segundas, a aquellas derivadas de enfermedades preexistentes o que se presentaron durante el embarazo y que no fueron debidas a causas obstétricas directas, pero que se agravaron por efectos fisiológicos propios del embarazo. (OMS, 2012)

Tal como se observa en el gráfico 2.2, en la última década, la composición de las muertes maternas ha mostrado un predominio de causas obstétricas directas, a excepción del 2007, 2008, 2013 y 2016, donde el patrón de predominio se invirtió.

GRÁFICO 2.2

Distribución porcentual de las defunciones maternas por causas obstétricas directas e indirectas, 2007 - 2017



Nota: Excluye las muertes maternas cuya causa no se especifica y por tanto no pueden ser clasificadas como directa o indirecta

Fuente: INEC-Costa Rica. Unidad de Estadísticas Demográficas, 2007 - 2017.

Durante el 2017, el peso relativo de las defunciones obstétricas directas vuelve a tomar predominio, ya que representaron un 62,5% del total de muertes maternas. Dentro de este grupo de causas, el 18,8% lo representan las *Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio, seguido por Defecto de la coagulación postparto*, con un 12,5%.

El predominio de las defunciones obstétricas indirectas sugiere algunas limitaciones en el control adecuado de afecciones preexistentes en el embarazo, que pueden estar asociadas con limitaciones en el manejo de la historia clínica de la mujer.

2.4 El rostro de la mortalidad materna

Las condiciones de vida de las mujeres y sus características demográficas, sociales, económicas y culturales desempeñan un papel determinante en la incidencia de algunas afecciones en su salud, estas condiciones ubican a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad ante la muerte.

Los certificados de defunción recogen una serie de variables de tipo demográfico, social y económico que permiten realizar un primer acercamiento a la caracterización de estas mujeres, con el fin de establecer si existen condiciones que actúan como determinantes sociales de la salud, en aras de apoyar el diseño de acciones dirigidas a atenuar dicho efecto.

2.4.1 Relación de la edad con la mortalidad materna

Uno de los factores que incide en un mayor riesgo de muerte durante el embarazo, parto o puerperio es la edad, que sumada a ciertas condiciones nutricionales y de estado físico, en general, potencializan dicho riesgo.

El efecto de la edad, especialmente la edad avanzada¹, como factor de riesgo obstétrico y perinatal ha sido ampliamente estudiado, al respecto Guizar (2014:50) expone en las conclusiones de su tesis de especialidad:

En base a nuestros resultados podemos concluir que la edad materna avanzada se asocia en nuestro medio a más patología gestacional, mayor tasa de resolución del embarazo vía cesárea, sobretodo en mujeres primíparas. Todo ello repercute en la morbimortalidad materna fetal, convirtiéndolas en un grupo poblacional de riesgo obstétrico que requiere una atención prenatal adecuada...

1/ La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define como “edad materna avanzada” los embarazos ocurridos a partir de los 35 años.

Así mismo, al respecto de los riesgos obstétricos que afectan la salud materna y perinatal, Adorno et al (2011: 207) indica que:

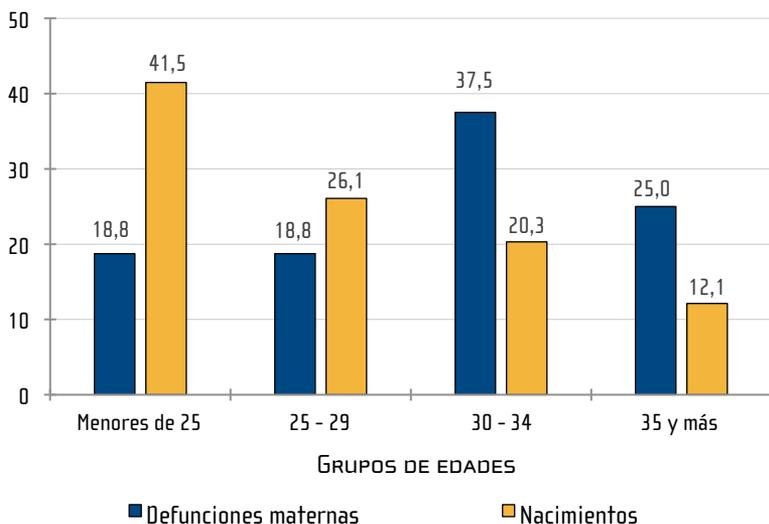
Los estados hipertensivos del embarazo, la diabetes gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, nacimiento por cesárea, puntuación baja de APGAR, muerte perinatal y el peso bajo al nacer son ejemplos de eventos adversos que son asociados con la edad avanzada.

En este sentido, al analizar la distribución de las 16 muertes maternas ocurridas en el 2017 por grupos de edades, tal como se observa en el gráfico 2.3, se evidencia que son las mujeres mayores de 30 años las que tienen un mayor riesgo de experimentar una muerte materna, a pesar de que este grupo tiene un menor aporte en el total de nacimientos.

GRÁFICO 2.3

Distribución porcentual de las defunciones maternas y nacimientos por grupos de edades de la madre, 2017

PORCENTAJE



Fuente: INEC-Costa Rica. Unidad de Estadísticas Demográficas, 2017.

De acuerdo a la estructura de la fecundidad del país, el grupo de edad de menores de 25 años es el que mayor proporción de nacimientos aporta, partiendo de este hecho, sería entonces el grupo con mayor población expuesta al riesgo de experimentar una muerte materna, no obstante, como se observa en el gráfico 2.3, la proporción de muertes maternas en relación a los nacimientos provenientes de madres menores de 25 años y de 25 a 29 años es mucho menor que los otros grupos etarios.

Lo anterior podría estar relacionado con el hecho de que en términos fisiológicos o anatómicos se considera que la mejor edad para la procreación está entre los 20 y 30 años.

Al respecto, Calvo (2015), en su artículo denominado *¿Cuál es la edad óptima para quedar embarazada?*², indica que:

...la edad ideal desde el punto de vista estrictamente obstétrico, es entre los 20 y los 30 años, edad en la que el organismo está preparado para asumir la sobrecarga metabólica y cardiovascular que un embarazo supone para afrontarlo con los menores riesgos posibles" ... "Por debajo de los 20 años el organismo materno aún está adquiriendo madurez biológica y, por tanto, embarazos por debajo de esta edad se asocian con mayor riesgo de morbimortalidad materna y neonatal (como consecuencias de trastornos hipertensivos, mayor tasa de prematuridad y crecimiento intrauterino retardado). Por encima de los 40 años existe una mayor dificultad de asumir la sobrecarga metabólica que supone un embarazo y por tanto existe mayor riesgo de complicaciones, sin olvidar que aumenta en esta edad la incidencia de trastornos cromosómicos.

Un mayor porcentaje de defunciones en mujeres de 30 años y más, dentro del total de defunciones maternas (62,5 %); pese a su menor representación en los nacimientos (12,1 %), podría evidenciar una

2/ Dra. Patricia Calvo (2015) Publicado en el blog del Equipo Médico de Ginecología y Obstetricia, de Madrid España, en el sitio Web <http://www.egom.es/egom-blog>

mayor vulnerabilidad de las mujeres conforme avanza la edad, como lo menciona Calvo en su artículo.

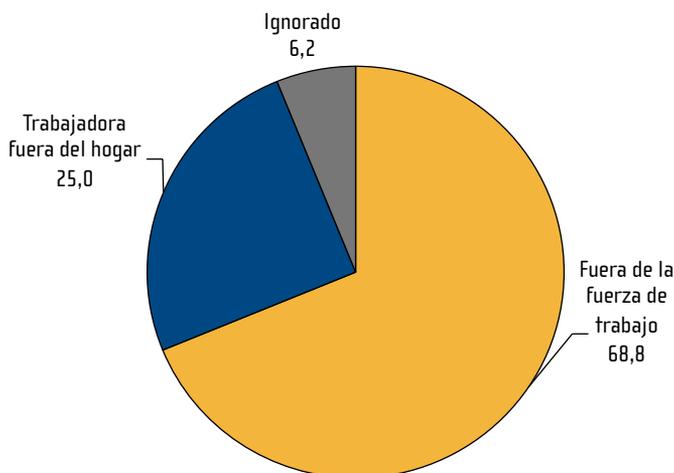
2.4.2 Relación del empleo con la mortalidad materna

El contar con un trabajo remunerado generalmente facilita a las mujeres el ejercicio de su autonomía económica³, la cual trasciende a la independencia financiera, dado que conlleva de manera implícita, el acceso libre a la seguridad social directa. En este sentido, al analizar las muertes maternas por condición de actividad de la fallecida, sobresale el hecho de que 11, de las 16 mujeres fallecidas, no contaba con un trabajo remunerado, por estar fuera de la fuerza de trabajo (68,8%), 4 de estas mujeres (25,0%) sí lo tenían y dos no se conocía su condición de actividad (6,2%). Esta mayor representación de las mujeres que no participan en el trabajo remunerado parece sugerir que el hecho de no contar con trabajo remunerado podría ser un factor que influye en una mayor vulnerabilidad de estas mujeres, sin embargo, es un hecho que requiere de otro tipo de análisis.

3/ La autonomía económica se entiende como la capacidad de las personas de generar ingresos propios para satisfacer sus necesidades de subsistencia. De tal forma quien no genera ingresos es pobre aun cuando tenga la posibilidad de acceder a los ingresos de otros, lo cual lo ubica como económicamente dependiente. No sólo son dependientes para su sustento presente, también lo son para la atención de salud y la acumulación de derechos previsionales propios para su vejez. (Bravo, 2010:3)

GRÁFICO 2.4

Distribución porcentual de las defunciones maternas por condición de actividad, 2017



Fuente: INEC-Costa Rica. Unidad de Estadísticas Demográficas, 2017.

2.4.3 *Relación del estado conyugal con la mortalidad materna*

Otra variable demográfica que se considera como un factor de riesgo asociado a la mortalidad materna es el estado conyugal, de acuerdo al estudio de cohorte realizado por Pinedo et al (1995)⁴ uno de los factores de riesgo de mayor importancia según su

4/ Este estudio de cohorte se realizó en el Banco de Datos del Sistema Perinatal del Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora de Lima, Perú; consistió en el análisis de 44 eventos de muertes maternas. Para más detalle de este estudio consultar Pinedo et al (1995) "Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna". Revista de Ginecología y Obstétrica (Perú) 1995; 41(3):52-4.

riesgo relativo y significancia estadística fue el estado civil soltera, aún con mayor significancia estadística que otras variables como: alfabetismo, desnutrición y sobrepeso, entre otras. En este sentido los autores indican:

...Precisamente, entre los factores de riesgo, algunas condiciones socioeconómicas expresadas a través del estado civil soltera, bajo nivel de estudios, ocupación en tareas domésticas, falta de servicios sanitarios y nacimientos están muy ligados a la muerte. En el presente estudio, es evidente que el estado civil soltera se comporta como factor deletéreo⁵".
(Pinedo, et al, 1995:4)

Debido a los principios de confidencialidad, los datos por estado conyugal se presentan desde dos categorías, unida y no unida. Por tanto, de acuerdo a Pinedo, al analizar la razón de mortalidad materna por esta caracterización para el 2017, tal como se observa en la siguiente figura, las mujeres no unidas tienen una probabilidad de muerte mayor que las mujeres unidas, experimentando aproximadamente, tres muertes maternas más, por cada diez mil nacimientos, que las mujeres unidas.

5/ La palabra deletéreo hace referencia a algo venenoso o mortífero (DRAE):2001, 22 Edición.

FIGURA 2.1

Razón de mortalidad materna por condición de unida o no unida, 2017
(Por diez mil nacimientos)



Fuente: INEC-Costa Rica. Unidad de Estadísticas Demográficas, 2017.

2.4.4 *Relación de la condición de inmigrante con la mortalidad materna*

La condición de migrante o extranjera puede limitar, en ocasiones, el acceso a una atención de salud oportuna y de calidad, dado que esta condición, en especial, cuando es irregular, puede estar asociada a dificultades en el acceso a condiciones de vida dignas, acceso oportuno a servicios de salud, a factores de jornadas de trabajo extenuantes, limitados recursos económicos o temor de ser deportadas por su condición irregular, además de la ausencia de redes de apoyo familiar para el cuidado adecuado del posparto y de la persona recién nacida.

En relación a lo anterior, J. de la Torre (2006)⁶ en su artículo “Control de la gestación de inmigrantes”, referido a un estudio realizado en España sobre población inmigrante, comenta que:

...De acuerdo con la evidencia disponible, el programa de cuatro consultas prenatales contiene el número

6/ Torre, J. de la et al. Control de gestación en inmigrantes. Anales Sis San Navarra [online]. 2006, vol.29, suppl.1 [citado 2017-11-14], pp.49-61. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51137-66272006000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627.

mínimo de consultas que debe ofrecerse para los embarazos de bajo riesgo. La mujer inmigrante no sólo está expuesta a peores condiciones laborales y de vivienda, sino que, por razones políticas, administrativas o culturales, tiene difícil acceso a los servicios de salud... (J. de la Torre et all, 2006:54)

La mayoría de mujeres inmigrantes hacen un escaso uso de los servicios sanitarios y en la atención prenatal, con consultas más tardías, menos frecuentes y más discontinuas, en comparación a las nativas. Las mujeres inmigrantes acuden para el control de su embarazo en el segundo trimestre de la gestación (semana 18), mientras que las gestantes nacionales lo hicieron en el primer trimestre (semana 11)... Por otro lado, el grupo de gestantes inmigrantes acuden al hospital con el parto más avanzado, siendo significativa la mayor incidencia de parto en expulsivo. Las gestantes peor controladas acuden menos veces para una finalización programada y con más frecuencia con parto en expulsivo y extrahospitalario. Esto determina una mayor morbimortalidad materna y perinatal. (J. de la Torre, et all, 2006:55)

Al respecto, cuando se analiza la razón de mortalidad materna por nacionalidad, se observa que entre las muertes maternas, únicamente se identifican dos nacionalidades, 13 costarricenses y 3 nicaragüenses, donde las mujeres extranjeras experimentan un mayor riesgo de morir por causas maternas que las mujeres costarricenses, dado que para el 2017 las mujeres nicaragüenses experimentaron una Razón, ligeramente mayor que las mujeres costarricenses.

FIGURA 2.2

Razón de mortalidad materna por nacionalidad, 2017

(Por diez mil nacimientos)



Fuente: INEC-Costa Rica. Unidad de Estadísticas Demográficas, 2017.

Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud (2012) “Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM”, Ginebra, Suiza.
- Ministerio de Salud de Costa Rica, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2005) “Salud de las mujeres en Costa Rica, un análisis desde la perspectiva de género”, San José, Costa Rica, Abril 2005.
- Organización Panamericana de la Salud (1995) “Clasificación Estadísticas Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud”, volumen 2, 10ª revisión, edición 2008, Washington, D.F.

Referencias en línea:

- Calvo, Patricia (2015) ¿Cuál es la edad óptima para quedar embarazada? Publicado en Blog de Equipo Médico de Ginecología y Obstetricia, de Madrid España, 18 junio, 2015 at 12:33, <http://www.egom.es/egom-blog>
- Guizar N, Ibarra I, (2014) “Edad materna avanzada como factor de riesgo de resultados perinatales adversos en el Hospital Materno Infantil del ISSEMYM en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de julio de 2013” Tesis para optar por especialidad en ginecología y obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina. <http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14862/1/Tesis.417702.pdf>
- Andorno M, Bello E, Martearena RE, Abreo GI (2011). “Embarazos en los extremos de la vida y resultados perinatales”; Revista de Posgrado de la 6ª Cátedra de Medicina. Jun 2011; 207:6-10. http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista207/2_207.pdf

- Bravo. Rosa (2009) "Avances y desafíos en torno a la autonomía económica de las mujeres", ponencia presentada en el Panel "Avances y desafíos en torno a la autonomía económica de las mujeres" del Seminario Género en el Poder: el Chile de Michelle Bachelet. Organizado por el Observatorio de Género y Equidad y llevado a cabo los días 28 y 29 de mayo en el Palacio de la Moneda, Santiago de Chile.
<http://www.observatoriogeneroyliderazgo.cl/seminario/wp-content/uploads/2009/04/rosabravodoc.pdf>
- De la Torre, J. de la et al. "Control de gestación en inmigrantes. Anales Sis San Navarra", España 2006, vol.29, suppl.1 [citado 2017-11-14], pp.49-61.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1137-6627.
- Natalia P. Quintanilla, et all (2003) "Preclampsia", Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina de la Universidad Nacional de Nordeste (UNNE) Argentina, N° 133 de noviembre 2003, <http://med.unne.edu.ar/revista/revista133/preeclam.htm>
- Pinedo A, Távara L, Chumbe O, Parra J (1995) "Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna" Revista de Ginecología y Obstetrica Perú 1995;41(3):52-4 http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_41n3/f_riesgo.htm
- Secretaria de Salud de México (1992) "Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal", México D.F. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/272_GPC_Diagnostico_tratamiento_de_SEPSIS_PUERPERAL/RER_SEPSIS_PUERPERAL.pdf
- Diccionario médico interactivo, portales médicos.com
http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Flebotrombosis
- Página Web de la División de Estadística de Naciones Unidas
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx>



www.inec.cr

INEC, de la rotonda de La Bandera 450 metros oeste, sobre calle Los Negritos, edificio Ana Lorena, Mercedes de Montes de Oca, Costa Rica.

Correo e.: informacion@inec.go.cr **Apartado:** 10163 - 1000 San José, C. R.

Teléfono: 2280 - 9280, ext. 326 o 327, **Telefax:** 2224-2221